

# **GE\_GERICHTE ATAS/143/2017 vom 23. Februar 2017**

GE Cour de justice, 2017-02-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_143\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_143_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/143/2017 du 23 février 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/143/2017 del 23 febbraio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

### **E. 3**

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, la décision attaquée met fin à la prise en charge de l'indemnité journalière et du traitement médical dès le 29 février 2016, et octroie à l'assurée, dès le 1er mars 2016, une rente d'invalidité de 15% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. Dans son recours, l'assurée conclut au versement d'une rente d'invalidité de 40%, d'un solde d'indemnités journalières de CHF 18'904.65, et à la prise en charge de ses traitements futurs. En revanche, elle ne conteste pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée. Partant, le litige porte uniquement sur la fin du droit au traitement médical, sur le montant des indemnités journalières versées à la recourante, ainsi que sur l'évaluation de son degré d'invalidité et de sa capacité de travail.

### **E. 4**

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes

les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). c. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le

A/3116/2016 - 9/20 - dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement post hoc, ergo propter hoc; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). e. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 s. consid. 5). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle

A/3116/2016 - 10/20 - ordinaire, être d'emblée niée. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la

nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Dans l'éventualité d'un accident de gravité moyenne, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante (arrêt du Tribunal fédéral U 53/01 du 16 octobre 2001, consid. 4). Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références). Dans la pratique, ont notamment été jugés comme étant de gravité moyenne : l'accident au cours duquel une assurée a été heurtée frontalement sur un passage piéton par un véhicule roulant à environ 40-50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_546/2013 du 24 septembre 2013) ; l'accident subi par la conductrice d'une motocyclette renversée par un automobiliste qui lui avait soudainement coupé la route et qui avait été victime d'une fracture de la clavicule et de contusion du pied (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 119/06 du 23 mai 2007) ; le cas d'une assurée qui traversait à vélo, à une vitesse réduite, un passage sécurisé par des feux lorsqu'elle a été heurtée latéralement par un scooter qui n'avait pas respecté la signalisation lumineuse, roulait à vitesse modérée mais n'avait pas freiné, projetant la victime à une distance de plus de 9 mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013).

A/3116/2016 - 11/20 -

## **E. 5**

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

## **E. 6**

a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur

un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). b. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé – par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques – soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalidé par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222, consid. 4.4). Dans les arrêts consécutifs consacrés à

A/3116/2016 - 12/20 - cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_557/2012 du 25 juin 2013 consid. 4.2). c. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2ème éd. 2010, p. 294ss). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective. Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 778/05 du

Reste à calculer le degré d'invalidité. a. Constatant que le revenu touché par l'assurée avant son accident, soit CHF 34'878.05, était largement inférieur au salaire moyen ressortant des statistiques salariales, à savoir CHF 52'215.- (ESS 2012, tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau 1, femme, adapté à la durée normale du travail et indexé), l'intimée a pris le parti de majorer le revenu perçu avant l'accident de 50%, obtenant ainsi un revenu sans invalidité de CHF 52'350.-. Ce montant n'est pas contesté et revient en fait à effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu avant invalidité effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalidité (ATF 134 V 323, consid. 4.1). S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée s'est basée sur un salaire statistique de CHF 52'215.- selon l'ESS 2012, duquel elle a déduit 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, aboutissant à un revenu final de CHF 44'383.-. b. La recourante ne conteste pas la fixation de son revenu d'invalidité sur la base de l'ESS 2012 mais affirme qu'il lui est très difficile de trouver un emploi adapté à son handicap. Toutefois, on doit admettre que ses limitations fonctionnelles, qui requièrent une activité professionnelle exercée en alternance des positions, sans travaux à genoux, montées d'échelles ou port de charges lourdes, ne sont pas telles qu'elles rendraient impossible l'accès au marché du travail, lequel comprend un éventail suffisamment large d'activités légères accessibles sans formation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Pour le reste, les circonstances du cas ne permettent pas de s'écarter du taux d'abattement de 15%, qui n'est à juste titre pas critiqué par la recourante (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 264/05 consid. 5 ; I 298/04 consid. 5 ; 8C\_910/2010 consid. 6.3).

A/3116/2016 - 18/20 - c. En définitive, la comparaison des gains conduit à un degré d'invalidité de 15,2 %  $(52'350 - 44'383) / 52'350$ , taux qu'il convient d'arrondir à 15%. Partant, la recourante n'a droit qu'à une rente d'invalidité de quotité équivalente. Ses conclusions tendant au versement d'une rente supérieure seront donc rejetées.

## **E. 12**

Enfin, la recourante conteste le refus par l'intimée de prendre en charge les traitements prescrits par la Dresse J\_\_\_\_\_ au-delà du 29 février 2016, en arguant que ceux-ci lui sont nécessaires pour maintenir sa capacité résiduelle de travail. a. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Cependant le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas énumérés par l'art. 21 alinéa 1 LAA, à savoir : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a); lorsqu'il souffre d'une rechute (let. b); lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c); lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). b. En l'espèce, la recourante est au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance- accidents depuis le 1er mars 2016, date à laquelle il est admis que son état de

santé était stabilisé. La question de la prise en charge des traitements futurs s'examine donc au regard de l'art. 21 LAA. Sous l'angle de cette disposition, se pose la question de savoir si les traitements prescrits par la Dresse J\_\_\_\_\_ satisfont aux conditions prévues par l'art. 21 al. 1 let c voire d LAA, autrement dit si l'assurée en a durablement besoin pour conserver sa capacité résiduelle de gain ou empêcher une détérioration notable de son état de santé. c. La chambre de céans observe que dans son expertise du 26 juin 2015, le Dr K\_\_\_\_\_, interrogé sur la nécessité d'éventuels traitements futurs, n'a rien préconisé d'autre que le maintien du suivi psychothérapeutique, la réalisation d'un bypass et éventuellement une cure de deux-trois semaines à la Clinique romande de réadaptation de Sion. Dans le rapport du 30 novembre 2015 sur lequel la recourante fonde son argumentation, la Dresse J\_\_\_\_\_ a affirmé que « les traitements dus à l'accident et aux chutes sont toujours nécessaires pour permettre à l'assurée de maintenir une capacité de travail résiduelle et lui permettre un reclassement professionnel. Les traitements actuels sont médicamenteux ; infiltrations intra-articulaires ; physiothérapie ; entretiens psychothérapeutiques (...) ».

A/3116/2016 - 19/20 - d. Force est de constater qu'hormis la psychothérapie – qui n'est pas à la charge de l'intimée faute de lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques (cf. supra consid. 10) – les traitements énumérés par la Dresse J\_\_\_\_\_ n'ont pas été considérés par l'expert K\_\_\_\_\_ comme durablement nécessaires au maintien de la capacité de travail. Quant à la Dresse J\_\_\_\_\_, elle ne motive pas les raisons qui justifieraient de s'écarter des conclusions de cet expert. Le rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ se limite au demeurant à énumérer certains traitements jugés nécessaires au 30 novembre 2015, date de son examen, sans se prononcer de manière claire et motivée quant à leur nécessité pour l'avenir. e. Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les traitements qui lui ont été prescrits par la Dresse J\_\_\_\_\_ sont durablement nécessaires au maintien de sa capacité de travail. C'est donc à juste titre que l'intimé a cessé de les prendre en charge dès l'octroi de la rente au 1er mars 2016. L'argumentation contraire de la recourante doit être écartée.

### **E. 13**

Mal fondé, le recours est rejeté.

### **E. 14**

La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

A/3116/2016 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.